Nr 24. Kraków, 14. czerwca 1919. Rok LVIII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9, Płuczki 28 Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2 Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolffa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 70 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi; rocznie K 36·— kwartalnie K 9·—.

Jeden numer osobno kosztuje 80 hal.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Komisya redakcyjna. Przewodniczący: Redaktor główny. Członkowie: Dr W. Damski, prezes Tow. lek. krak.; dr A. Akerman, skarbnik Tow. lek., dr B. Wojciechowski, podskarbi komisyi; dr Blassberg, prof. dr Browicz, prof. dr Krzyształowicz, prof. dr K. W. Majewski, prof. dr Rutkowski.

Przewodniczący Podkomisyi redakcyjnej w Łodzi Dr S. Sterling (Piotrkowska 111).

Rok LVIII Kraków, 14. czerwca 1919. Nr. 24.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki okulistycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

O zeskórnieniu oka.

(Na podstawie spostrzeżenia klinicznego)

Podał

Prof. Dr Kazimierz Majewski.

Zeskórnieniem czyli kserozą nazywamy w patologii ocznej szczególną zmianę wejrzenia i własności warstwy nabłonkowej, względnie i głębszych warstw spojówki lub rogówki, zmianę, polegającą na tem, że powierzchnia tych błon traci połysk, staje się całkiem suchą i przybiera barwę szarobiaławą lub białą. Łzy zeskórniałej spojówki wcale nie zwilżają, lecz spływają po niej, jak woda po zatłuszczonym papierze. Zeskórnienie bywa często ograniczone do poszczególnych miejsc powierzchni oka, n. p. do okolic spojówki gałkowej po obu stronach rogówki w obrębie otwartej szpary powiekowej. Są to znane plamki Bitôta [1], kredowo białe, bez połysku, utworzone z delikatnej, jakby przyschniętej pianki, która się składa z bardzo drobnych pęcherzyków. Łzy ześlizgują się po tych miejscach, nie zwilżając ich wcale. Plamki Bitôta stanowią, jak wiadomo, częsty objaw towarzyszący kurzej ślepocie (hemeralopia), która występuje na tle ogólnego wyniszczenia i osłabienia ustroju wskutek niedostatecznego odżywiania, a także w przebiegu pewnych chorób przemiany materyi. Ten rodzaj zeskórnienia dotyka tylko powierzchownej, nabłonkowej warstwy spojówki i nosi dlatego nazwę »xerosis epithelialis«.

Patogeneza tej postaci zeskórnienia nie została dotąd bliżej wyjaśniona. Nawiasem wspomnę tylko, że tak często i w wielkich ilościach wśród zeskórniałego nabłonka spotykane prątki kserozy, opisane już w r. 1874 przez Bezolda [2], dokładniej zbadane w r. 1881 przez Reymonda i Colomiattiego [3], a przez Kuschberta i Neissera [4] w r. 1882 uznane za czynnik etyologiczny nabłonkowego zeskórnienia spojówki, — mają tylko znaczenie saprofitów, znajdujących na suchem, łzami nie zwilżanem podłożu szczególnie korzystne warunki dla swego rozwoju. Znaczenia etyologicznego nikt im dziś już nie przypisuje.

Zeskórnienie nabłonkowe nie przedstawia zazwyczaj dla oka żadnego niebezpieczeństwa. Z poprawą ogólnego stanu ustępuje, jak wiadomo, hemeralopia i równocześnie znikają plamki Bitôta. W niektórych tylko przypadkach ciężkiego charłactwa, zwłaszcza powstającego u osesków na tle zaburzeń w trawieniu, zeskórnienie obejmuje także rogówkę, która wnet ulega głębokiemu nacieczeniu, a wreszcie zupełnemu rozpadowi (keratomalacia infantum). Te wyjątkowo ciężkie przypadki kończą się prawie zawsze śmiertelnie.

Całkiem inne znaczenie ma tak zwana »xerosis parenchymatosa«. Powstaje ona z przyczyn miejscowych, w samem tylko oku działających. W tych przypadkach zeskórnienie sięga do głębszych warstw spojówki, która okazuje równocześnie wysokiego stopnia zbliznowacenie. Na rogówce sprawa kserotyczna wnika również głębiej, do przedniej warstwy właściwego miąższu, wywołując przez to nieraz znaczną utratę przeźroczystości. Przypadki, w których cały worek spojówkowy wraz z rogówką okazuje wysoki stopień zeskórnienia miąższowego, określamy nazwą kseroftalmii. Stan taki bywa zwyczajnie następstwem daleko posuniętego zbliznowacenia spojówki, do którego doprowadzić mogą różne sprawy chorobowe takie, jak ciężka, długie lata trwająca jaglica, albo pęcherzyca spojówki, występująca w przebiegu pęcherzycy ogólnej, wreszcie zapalenie błonicze spojówki. Rzadziej powstaje kseroftalmia po rozległych oparzeniach spojówki, szczególnie po oparzeniach chemicznych.

Całkowite zbliznowacenie spojówki powiek i załamków i następne kurczenie się bliznowatej tkanki nietylko wytwarzą taśmowate, błoniaste, płetwowate zrosty powiek z gałką oczną, zupełne zarośnięcie załamków i znacznego stopnia unieruchomienie gałki, ale zarazem sprowadza zarośnięcie wylotów gruczołu łzowego głównego, oraz rozsianych po spojówce powiek małych gruczołów łzowych Krausego. Wszystkie te gruczoły ulegają z czasem następowemu zanikowi i wydzielanie łez całkowicie ustaje. Równocześnie zarastają zazwyczaj bez śladu punkty łzowe, wiodące do przewodzików i do przewodu nosowołzowego. Brak wydzieliny łzowej sprawia, że oko staje się zupełnie suche. Skutkiem tego i powierzchnia rogówki zatraca wszelki połysk, staje się matową, chropowatą, a w dodatku pokrywa się złogami złuszczonego i zeschłego nabłonka. Tem samem bystrość wzroku, nawet przy braku innych zmian na rogówce, jak łuszczka, nacieki, owrzodzenia, blizny lub plamy, ulega bardzo znacznemu upośledzeniu. Wrażliwość na dotyk spojówki, a nawet rogówki zeskórniałej jest w wysokim stopniu przytępiona tak, że zaledwie na silniejsze potarcie rogówki oko odpowiada zaciśnięciem powiek, a podrażnienie takie wobec zupełnego zarośnięcia wylotów gruczołów łzowych nie może wcale wywołać łzawienia. Mimo tego względnie znacznego znieczulenia rogówki i spojówki chory odczuwa suchość oka w sposób bardzo przykry, ale nadewszystko cierpi z powodu stale postępującego pogarszania się wzroku.

Obraz kliniczny miąższowego zeskórnienia oka jest tak uderzający i tak znamienny, że narzuca wprost podejrzenie, czy nie mamy tu przed sobą choroby ocznej sui generis. W każdym razie zastanowić musi każdego, że na olbrzymią ilość chorych ze zbliznowaceniem spojówki powiek i załamków, zwłaszcza w następstwie przebytej ciężkiej jaglicy, do prawdziwej kseroftalmii dochodzi tylko w znikomo małej liczbie przypadków. Dla mnie wydaje się najprawdopodobniejszem przypuszczenie, że dopiero zupełne i całkowite ustanie wydzielania łez stwarza warunki, wśród których nieuchronnie rozwija się kseroftalmia. Nasuwa się tutaj pewna analogia, zaczerpnięta z patologii ocznej: Wiadomo, że całkowite przyrośnięcie brzegu źrenicznego do torebki soczewki w następstwie plastycznego zapalenia tęczówki, tak zwana »seclusio pupillae«, powoduje nieuchronnie jaskrę następową. Otóż, dopóki mimo licznych tylnych przyczepów, szerokich i zwartych, istnieje gdziekolwiek na obwodzie źrenicy choćby jedna jeszcze wązka szczelinka, umożliwiająca komunikacyę między przednią a tylną komorą, dopóty oko zachowuje się spokojnie i napięcie wśródgałkowe jest prawidłowe. Skoro tylko, — skutkiem nowego zaostrzenia się sprawy zapalnej, — zarośnie ta ostatnia szczelina, natychmiast wybucha jaskra następowa ze wszystkimi groźnymi objawami i zgubnemi następstwami dla wzroku. Zupełnie analogicznie można sobie wyobrazić, że, jak długo wśród ogólnego zbliznowacenia worka spojówkowego czyto wskutek jaglicy, czy w następstwie pęcherzycy lub błonicy, istnieje jeszcze choćby jeden gruczolik łzowy zachowany i ten, chociaż skąpo, utrzymuje przecież w stanie wilgotnym powierzchnię spojówki i rogówki, — oko, które zresztą może przedstawiać daleko posunięte zmiany wskutek skrócenia załamków, podwinięcia powieki (entropion), podwinięcia rzęs, łuszczki na rogówce i t. d., — nie okazuje jednak jeszcze żadnych objawów zeskórnienia. Obraz zmieni się jednak natychmiast, skoro tylko

zarośnie i wyschnie to ostatnie źródełko wilgoci. Wtedy szybko zaczyna rozwijać się zeskórnienie i zrogowacenie najpierw warstwy nabłonkowej, a wnet za nią i głębszych warstw spojówki i rogówki.

Taki pogląd na patogenezę zeskórnienia miąższowego wypowiedział już w r. 1803 Schmidt [5], ale Ammon [6] (1831) podniósł pierwsze wątpliwości, a za nim Chelius, Weber [7] i inni odmawiają brakowi łez wszelkiego znaczenia i przyjmują raczej wyłącznie zapalne tło dla tej anatomicznej zmiany spojówki. Powołują się oni między innemi na przypadki wywinięcia powieki (ectropion), gdzie odwinięta na zewnątrz część spojówki ulega zeskórnieniu miąższowemu, choć wydzielanie łez odbywa się prawidłowo. Zapominają jednak, że właśnie tej odwiniętej i na wysychanie narażonej części spojówki łzy nie zwilżały wcale i że w tem może tkwić przyczyna jej zeskórnienia. Niemniej jednak w dziele Graefego-Saemischa [8] owa pierwotna hipoteza, że dopiero zupełny brak wydzieliny łzowej wytwarza kseroftalmię, przedstawiona jest jako pomysł ostatecznie pogrzebany. Mojem zdaniem przedwcześnie i może niesłusznie, bo właśnie w przebiegu przypadku, którego historyę podam poniżej, miałem sposobność spostrzegać pewne powikłanie, które nabrało poniekąd znaczenia eksperymentu patologicznego i które conajmniej przemawia za tem, że stałe zwilżanie wodą worka spojówkowego stanowi czynnik, wyłączający istnienie i utrzymywanie się objawów zeskórnienia miąższowego. Stąd prosty wniosek, że na oku nie zwilżanem łzami zupełnie, jeśli nie musi, to w każdym razie może rozwinąć się zeskórnienie miąższowe, że zatem brak łez odgrywa conajmniej rolę czynnika sprzyjającego powstaniu tej zmiany. Do przedmiotu tego będę zatem musiał powrócić jeszcze po przytoczeniu historyi choroby mojego przypadku.

Badanie mikroskopowe zeskórniałych miejsc spojówki wykazuje w przypadkach zeskórnienia nabłonkowego zgrubienie nabłonka, którego płaskie komórki powierzchowne są wyraźnie zrogowaciałe (Fuchs). Komórki głębsze zawierają liczne ziarenka eleidyny Ranviera (keratohyaliny według Waldeyera). Barwliwość tych komórek jest bardzo zmniejszona. Wiele z nich okazuje wyraźne zwyrodnienie tłuszczowe. Spotyka się też liczne kropelki tłuszczu poza obrębem komórek. Pochodzą one prawdopodobnie z wydzieliny gruczołów Meiboma. Pianka, która często pokrywa miejsca zeskórniałe na spojówce gałkowej (plamki Bitôta), składa się z nawpół przyschłego śluzu, otaczającego pęcherzyki powietrza, i zawiera równocześnie złuszczone komórki nabłonkowe i kropelki tłuszczu. Różnica między zeskórnieniem nabłonkowem a miąższowem polega głównie na tem, że w zeskórnieniu miąższowem zmiany anatomiczne sięgają do głębszych warstw spojówki, a w rogówce nieraz do przednich pokładów właściwego jej miąższu (stratum proprium corneae). Nadto bardzo silnie rozwinięta jest tkanka łączna bliznowata, zaciskająca całkowicie światło przewodów gruczołowych. Gruczoły łzowe, zarówno wielkie (Galena i Rosenmüllera), jak i drobne, rozsiane po spojówce (Krausego), przedstawiają w późniejszych okresach choroby obraz daleko posuniętego zaniku.

Przypadki takiego krańcowego zeskórnienia rogówki i spojówki, połączonego z przyrośnięciem powiek do gałki ocznej, są niewątpliwie niezmiernie rzadkie. Są to jednak zarazem przypadki dla okulisty praktyka wysoce niemiłe, bo stoimy prawie bezradni wobec nieubłaganie postępującej sprawy zarastania worka spojówkowego, zacieśniania się i zwężania szpary powiekowej i stopniowego zaćmiewania się rogówki, z równoległym zanikiem wzroku. Od dawnych też czasów wysilali się okuliści nad wynalezieniem sposobu, któryby umożliwiał przynajmniej powstrzymanie postępów tej choroby i uratowanie choć części zagrożonego wzroku. W pierwszej linii zalecano pewne zabiegi operacyjne. Próbowano operować tworzące się zrosty w załamkach spojówkowych. Wiemy z doświadczenia, jak trudne to i niewdzięczne zadanie. Jeszcze w przypadkach, gdzie n. p. po jakiemś dawnem sparzeniu oka wapnem, kwasem, czy stopionym metalem istnieje gotowy zrost mostkowaty między powieką a gałką, albo nawet tak zwane »symblepharon posticum«, sięgające aż do załamka, rozporządamy sposobami operacyjnymi i zabiegami mechanicznymi, które nam umożliwiają trwałe i doszczętne usunięcie tych zboczeń i rozdzielenie zrośniętych części. Ale tutaj mamy do czynienia nie tyle i nietylko z gotowymi zrostami, jak raczej z niepowstrzymanie postępującem zarastaniem worka spojówkowego. Chodziłoby tu więc przedewszystkiem o usunięcie tej fatalnej dążności do zarastania, co tylko przez usunięcie sprawy kserotycznej byłoby możliwe. A otóż właśnie wobec postępów tej zagadkowej zmiany patologicznej jesteśmy zupełnie bezsilni. Dlatego już dawno zwrócono się w innym kierunku i zamiast przecinać istniejące i świeżo tworzące się zrosty, poczęto myśleć o ochronie samej przynajmniej rogówki przed wysychaniem i zeskórnieniem, a to przez czasowe zeszycie powiek (blepharorrhaphia).

I tak Buller [10] w jednym przypadku kseroftalmii uzyskał pewną poprawę wzroku i zmniejszenie dolegliwości podmiotowych zapomocą następującego zabiegu. Po należytem okrwawieniu brzegów powiekowych zeszył starannie powiekę górną z dolną, zostawiając z rozmysłu tylko kilka mm niezaszytej szpary po stronie kącika wewnętrznego. Po upływie miesiąca zrobił w miejscu odpowiadającem rogówce, przez całą grubość zeszytych powiek, mały okrągły otwór zapomocą odpowiedniego trepanu. Brzegi tego otworu obrąbił należycie skórą. Celem tej operacyi miała być ochrona gałki ocznej, a więc i rogówki przed zbytniem wysychaniem.

W tym samym celu Rudin [11] zeszywał obie powieki po odcięciu na sposób Flarera brzegów powiekowych z rzęsami, pozostawiając z całej szpary powiekowej niezaszytą tylko małą, 5—6 mm długą część środkową, odpowiadającą położeniu źrenicy. W trzech w ten sposób operowanych przypadkach wynik miał być korzystny. Rogówka poprzednio matowa i zaćmiona, odzyskała połysk i znaczny stopień przeźroczystości, a wzrok, obniżony do samego poczucia światła, podniósł się tak, że chorzy mogli powrócić do pracy. W jednym przypadku poprawa ta utrzymywała się jeszcze w trzy lata po operacyi. Andogsky [12] operował 5 przypadków Rudina i w dwóch uzyskał wynik pod każdym względem bardzo dobry, w dwóch pewną poprawę wzroku, a w jednym tylko poprawę objawów podmiotowych. O trwałości tych wyników nie dowiadujemy się ze streszczenia pracy Andogskiego.

Panas [13] w swym podręczniku okulistyki wspomina o przypadkach, w których zeszywał powiekę górną z dolną na przestrzeni kilku mm w środku szpary powiekowej. Ale nawet u chorych, u których dopiero po upływie roku lub jeszcze później rozdzielił powieki na nowo i odsłonił rogówkę, sprawa zeskórniania, czasowo stłumiona, zaczynała się znów potęgować i kończyła się ostatecznie zaćmieniem i zrogowaceniem nabłonka rogówkowego. Jeszcze Rabinowicz [14] podaje w »Wiestniku oftalmołogii« o dobrym wyniku operacyi Rudina u chorego na jaglicę z wysokim stopniem zeskórnienia rogówki. Chory przed operacyą liczył palce na 20 cm, a po operacyi na 2 metry, ale po trzech miesiącach zażądał ze względów kosmetycznych rozszerzenia szpary z 5 na 10 mm, poczem w ciągu tygodnia zeskórnienie rogówki wróciło w całej pełni.

Wspomnę jeszcze, że Wecker i Masselon [15] próbowali w miejsce zbliznowaciałej spojówki wszczepiać spojówkę króliczą, z jakim skutkiem, tego nie mogłem dojść z lakonicznego streszczenia ich pracy. Zresztą ani Wecker, ani Panas, ani Rudin nie znaleźli chyba wśród operatorów wielu naśladowców, bo poza tem, co powyżej przytoczyłem, w literaturze późniejszej nie spotkałem już więcej żadnej wzmianki o operacyjnem leczeniu zeskórnienia rogówki.

Tak więc do tej jeszcze pory każdy przypadek głębokiej, miąższowej kseroftalmii stawia nas w bardzo trudne położenie i skazuje na stosowanie środków objawowych, jako tako łagodzących duże dolegliwości, na jakie skarżą się chorzy.

W podobnem położeniu znalazłem się niedawno. W lutym b. r. zgłosiła się do kliniki Anna T., 19-letnia dziewczyna wiejska ze Strzemieszyc, podając, że blizko pięć lat temu dostała silnego zapalenia oczu, połączonego ze znacznem ropieniem i łzawieniem. Leczono ją z początku żółtą maścią, potem kroplami. W r. 1917 pozostawała przez dwa miesiące w leczeniu na oddziale ocznym szpitala św. Łazarza w Krakowie, gdzie, jak się dowiedziałem, rozpoznano wówczas: Trachoma stad. II. et III., pannus corneae oc. utr. O jakichkolwiek objawach zeskórnienia nie było tam jeszcze wzmianki w zapiskach. Już wtedy miała mieć jednak wzrok bardzo upośledzony. Od kiedy oczy stały się suche i łzy przestały się zupełnie wydzielać, chora dokładnie podać nie umie, zdaje się jej jednak, że stan ten trwa już dłużej, niż od roku, a chora czuje, że choroba wciąż się pogarsza. Obecnie poza znacznem osłabieniem wzroku chora skarży się na nieznośne uczucie palenia i suchości w powiekach, które często mocno się czerwienią, ale nie sklejają się wcale.

Badanie wykazuje na obu oczach silne zaczerwienienie skóry powiek. Szpary powiekowe wyraźnie skrócone. Wydzieliny brak. Brzeg dolnej powieki prawego oka zaczyna lekko zawijać się ku gałce, ale z rzęs zaledwie jedna lub dwie dotykają rogówki. Na dolnej powiece lewego oka podobny stan, ale rzęsy oka nie dotykają. Spojówki powiekowe okazują bardzo znacznego stopnia zbliznowacenie i skurczenie tak, że załamki są nadzwyczaj płytkie. Przy rozciąganiu powiek spojówka w obu

kącikach szpary powiekowej tworzy szerokie pletwowate fałdy, które częściowo od strony skroniowej i nosowej przykrywają nawet obwód rogówki. Powierzchnia spojówki powiekowej okazuje mierny stopień zaczerwienienia, a przytem jest zupełnie sucha i szorstka. Punkcików łzowych wśród jednostajnej blizny nigdzie znaleźć nie można. Obie rogówki matowe i pozbawione zupełnie połysku, tak że keratoskop nie daje żadnego wogóle obrazu. Warstwa nabłonkowa okazuje bardzo wybitne zeskórnienie, oraz szarawe, dość jednostajnie wysycone zaćmienie, silniejsze na prawem oku. Zaćmienie to zaledwie pozwala dojrzeć zarysy źrenicy, które są okrągłe, równej wielkości i oddziałują dobrze na światło, a po atropinie rozszerzają się regularnie. W górnych częściach rogówek, pod zeskórniałą i zgrubiałą warstwą nabłonka widać niezbyt liczne, z góry na dół przebiegające naczynia, — niewątpliwie pozostałość po łuszczce jagliczej.

Łez nie wydzielają oczy wcale. Gdy chora płacze, niema również najmniejszego łzawienia, a tylko skóra powiek, brzegi rzęsowe i spojówki silnie się czerwienią. Przy opłukiwaniu fizyologicznym rozczynem soli woda ścieka po rogówce i po spojówce, rozdzielając się na krople i nie zwilżając wcale powierzchni oka.

Ruchomość gałek ocznych nie jest jeszcze wyraźnie upośledzona, ale ruchy z powodu skrócenia załamków spojówkowych są widocznie utrudnione i dla chorej uciążliwe.

Prawem okiem liczy chora palce na $^1/_2$ m, lewem na $^3/_4$ m. Żadnego druku nie może odczytać.

Przejrzałem wszystkie dostępne mi źródła, w których spodziewałem się doszukać jakichkolwiek myśli i wskazówek leczniczych w odniesieniu do tej rzadkiej choroby. Autorowie polecają zapuszczanie różnych płynów, jak rozczynu soli $^3/_4$%, węglanu sodowego 1% (Leber [16]), mleka (Graefe i Wells [17]), stosowanie różnych maści, pędzlowanie spojówek gliceryną (Taylor [18], Stellwag), albo zajmują się tylko usuwaniem operacyjnem zmian towarzyszących (entropion, trichiasis, blepharophimosis etc). Niektórzy przekonawszy się, że wszelkie środki miejscowe zawodzą i nawet objawowo niewiele skutkują, ograniczają się do leczenia ogólnego, podając żelazo, jod, arszenik i tym podobne leki.

Wobec tego, że woda i wszelkie rozczyny wodne, podobnie zresztą jak i łzy, spływają po zeskórniałej rogówce i spojówce, jak po tłustym papierze, nie zwilżając wcale powierzchni, a w moim przypadku objaw ten był bardzo wybitny, przyszło mi na myśl użyć tłuszczu płynnego o oddziaływaniu obojętnem, a więc oliwy. Przewidywałem przytem z góry, że oliwa nietylko rozleje się równomiernie po całej powierzchni worka spojówkowego i rogówki, ale zarazem poprawi wzrok, o ile upośledzenie jego zależy nie od zaćmienia miąższu rogówki, lecz od nierówności i chropowatości jej powierzchni.

Doświadczenie odrazu potwierdziło to przewidywanie. Po zapuszczeniu kilku kropel oliwy obie rogówki, dotąd matowe, mętne i jakby martwe, natychmiast ożywiły się nadzwyczajnie, nabrały połysku i zwierciadlanej gładkości. Tęczówka i źrenica stały się o wiele wyraźniej widoczne, a równocześnie chora z radością oświadczyła, że dużo lepiej widzi.

Badanie wzroku dało wynik następujący: prawe oko, które liczyło palce na $^1/_2$ m, po zapuszczeniu oliwy rozróżnia palce na 3·5 m (lepiej przez sfer. + 3·0 D) i czyta znaki Albranda 4·8 przez szkło sfer. + 3·0 D. Lewe oko, które poprzednio liczyło palce na $^3/_4$ m, po zapuszczeniu oliwy liczy je na 4 m i czyta Albranda 1·6 przez szkło sfer. + 3·0 D.

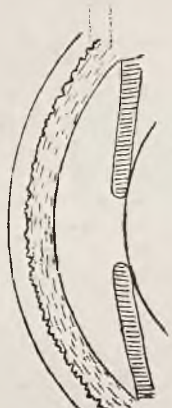
Jak sobie objaśnić tę doraźną i tak znaczną poprawę bystrości wzroku? Odpowiedź łatwa. Oliwa, która posiada doskonałą przyczepność wobec zeschłej, zeskórniałej powierzchni oka, rozlewa się cienką warstewką po całej rogówce i zagładza najdokładniej wszelkie jej chropowatości, wypełniając dołki i rowki między wyniosłościami, które zresztą także pogrążają się pod warstwą tłustego płynu. Ponieważ współczynnik załamania oliwy nie różni się zbytnio od współczynnika miąższu rogówkowego, a przynajmniej różnica w załamywaniu światła między rogówką a oliwą jest bez porównania mniejsza, niż między rogówką a powietrzem, przeto nierówna, chropawa powierzchnia rogówki znika optycznie tak lub prawie tak, jak znika n. p. kawałek szkła w balsamie kanadyjskim. Chropowatą powierzchnię rogówki zastępuje teraz gładka powierzchnia oliwy. O ile zatem upośledzenie wzroku zależy od tego, że promienie wpadające do oka ulegają na nierównościach powierzchni rogówkowej całkiem nieregularnemu rozproszeniu i wytwarzają na siatkówce obrazy przedmiotów rozmazane i bardzo niewyraźne, — to unieszkodliwienie tej nierównej powierzchni przez pogrążenie jej pod gładką, sferycznie wysklepioną warstwą oliwy musi z konieczności zaostrzyć i uwyraźnić zarysy obrazów siatkówkowych, a tem samem podnieść bystrość widzenia.

Nasuwają się tu dwa porównania: papier zatłuszczony prześwieca, a nawet staje się tak przeźroczysty, że można przezeń czytać dokładnie druk lub pismo. Drugie porównanie: szkło matowe, posmarowane oliwą, odzyskuje przeźroczystość prawie całkowicie. W naszym przypadku pierwsze porównanie nie wytrzymuje krytyki, bo oliwa, wnikając w papier, zmienia jego własności optyczne i zwiększa jego przepuszczalność dla promieni świetlnych, w miąższ zaś rogówkowy nie wnika, zaćmień tego miąższu nie wyjaśnia, tak że przynajmniej tej natychmiastowej, a tak znacznej poprawy wzroku tym sposobem nie możemy sobie tłómaczyć. Być może, że przy dłuższem, a częstem stosowaniu pewne działanie i w tym kierunku dałoby się zauważyć, ale dla objaśnienia doraźnego podniesienia bystrości wzroku daleko lepiej nadaje się przykład matowej szyby. Nieprzeźroczystość takiej szyby jest pozorna i polega wyłącznie na rozproszeniu światła, padającego na jej chropowatą powierzchnię. Szkło samo jest we wszystkich swych częściach i warstwach przeźroczyste. Warstewka oliwy wygładza poprostu powierzchowne nierówności i daje możność promieniom światła przeniesienia przez taką zatłuszczoną szybę do naszego oka obrazów niezatartych i niespaczonych.

Załączona rycina przedstawia schematycznie przekrój rogówki (C) o nierównej, chropowatej, zeskórniałej powierzchni, oblanej warstwą oliwy (Ol.), która nietylko wypełnia zagłębienia, ale także przykrywa wyniosłości, a oddziela się od powietrza gładką powierzchnią sferyczną. Załamywanie promieni może się zatem odbywać jak w prawidłowej rogówce. To też, gdyby nie zaćmienia, i to zaćmienia już przeważnie bliznowate w przednich warstwach miąższu rogówkowego, gdyby nie to, że zeskórniały

i zrogowaciały nabłonek rogówki także utracił w znacznej części swą przeźroczystość, to oliwa dałaby nierównie świetniejszą poprawę wzroku, bo w takim razie usunęłaby całkowicie jedyną przyczynę niedowidzenia, t. j. nierówność powierzchni granicznej, zupełnie tak samo, jak usuwa jedyną przyczynę »nieprzeźroczystości« szkła matowego.

Ol. C.



Możnaby nawet wyobrazić sobie, że ta nowa powierzchnia, to jest powierzchnia warstwy oliwnej, pozwalałaby oznaczyć stan refrakcyi podmiotowo zapomocą doboru szkieł lub przedmiotowo zapomocą skiaskopii; może nawet astygmometrem dałby się wykonać pomiar ewentualnej niezborności i określić kierunek głównych osi. W razie potrzeby dałyby się następnie zastosować odpowiednie szkła wyrównawcze.

Niestety tak daleko nie mogłem się posunąć w moim przypadku nietylko dlatego, że przeźroczystość tkanki rogówkowej jest dość znacznie upośledzona, ale także z powodu tego, że powierzchnia rogówki oprócz drobnego zziarnienia, oprócz swej chropowatości, która ją pozbawia połysku, okazuje jeszcze grubsze nierówności, zależne od naczyń krwionośnych, które pokrywają górną jej część, a w innych znowu miejscach od pokładów zrogowaciałego nabłonka różnej grubości. Oliwa nie może zagładzić tych falistości tak dokładnie, jak zagładza drobne zziarnienie nabłonka i z tej przyczyny przednia jej powierzchnia, na ogół sferyczna i żywo lśniąca, w szczegółach zdradza jeszcze znaczne nierówności i wyboje. Przed zapuszczeniem oliwy keratoskop nie daje wogóle żadnego obrazu, bo rogówka zeskórniała nie przedstawia wcale powierzchni zwierciedlącej. Po zapuszczeniu oliwy obraz keratoskopowy jest bardzo wyraźny, ale koła nie są regularne. Zarysy ich są w wielu miejscach poszarpane i powyginane, co świadczy o gładkiej wprawdzie, zwierciadlanej, ale jednak jeszcze nierównej powierzchni.

Dodać trzeba, że oliwa sama, zmieszana ze złuszczonym nabłonkiem zeskórniałym, wytwarza z czasem na rogówce, jakoteż i w załamkach spojówkowych rodzaj mazidła (smegma), którego pokłady nietylko przysłaniają miejscami rogówkę, ale także działają drażniąco. Dlatego to, zapuszczając trzy razy dziennie krople oliwne, dodaję następnie zawsze lekkie miesienie przez powiekę górną, zapomocą którego ściera się te pokłady i wygładza rogówkę. Nie gorsze usługi w tym względzie oddaje mały pędzelek z możliwie miękkiego włosia, najlepiej bobrowy. Pędzelkiem takim zmaczanym w oliwie można bardzo dokładnie »zamieść« i oczyścić rogówkę z łusek i złogów nabłonkowych, co nietylko nie sprawia chorej najmniejszej przykrości, ale przeciwnie daje jej natychmiastową ulgę, usuwając niemiłe uczucie utykania i tarcia pod powiekami. Obawiałbym się jednak zbyt często n. p. kilka razy dziennie używać pędzelka, aby wreszcie nie doprowadzić do podrażnienia oka. Wystarczy zrobić raz dziennie taką toaletę rogówki. O oliwę chora wprost się doprasza i chciałaby ją sobie jaknajczęściej do oczu zapuszczać. Zwłaszcza rano, gdy rogówki po śnie są znowu suche i chropawe, a brzegi powiek i spojówki zaczerwienione i rozpalone, chora czułaby się nieszczęśliwą, gdyby nie dostała tego kojącego środka, który zarazem tak bardzo wzrok jej rozjaśnia. Przekonałem się, że w ciągu dnia conajmniej trzy razy należy oliwę zapuścić, aby utrzymać stałą, nieprzerwaną euforyę.

(Dokończenie nastąpi).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Okręgowy Urząd zdrowia przeniesiony został 10. VI. z Krakowa do Lwowa (gmach Namiestnictwa); w Krakowie utworzona została Ekspozytura tego urzędu dla 30 powiatów zachodnich, kierowana przez inspektora san. Dr W. Momidłowskiego.

— Okręgowy Urząd zdrowia wzywa lekarzy, zajmujących posady w Galicyi wschodniej i środkowej, by najdalej do 15. VI. powrócili na stanowiska, a przedtem osobiście zgłosili się w okręgowym Urzędzie zdrowia (Lwów, Namiestnictwo). Lekarze, którzy się do tego wezwania nie zastosują, stracą posadę.

Lwów. Docent neurologii Dr Kazimierz Orzechowski otrzymał tytuł profesora nadzwyczajnego.

Łódź. Stanowisko dyrektora Urzędu zdrowia okręgu łódzkiego objął Dr Stanisław Skalski.

Warszawa. Wakuje posada lekarza szkolnego w państwowem seminaryum nauczycielskiem męskiem w Solcu. Płaca roczna 4800—9600 marek za 2—3 godziny pracy dziennej. Zgłoszenia: Wydział Seminaryów, Aleje Ujazdowskie 20, w Warszawie.

Zmarli: Dr Bolesław Łazowski w 46 r. ż. w Liszkach, Dr Kazimierz Pobóg Rutkowski, lekarz weterynaryi, w Krakowie w 55 r. ż., lekarz kapitan Dr Stanisław Protasewicz w Wołkowysku; lekarz naczelny szpitala epidemicznego Dr Stefan Liedtke w 31 r. ż. w Puławach; lekarz powiatowy Dr Mieczysław Hirschler we Lwowie.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w maju 1919:

Gazeta lekarska Nr 19.—23.: Janowski W.: Znaczenie krzywej żylnej miarowej oraz zupełnie niemiarowej w sprawie dokładnego rozpoznawania mechanizmu powstawania niedostateczności czynnościowej mięśnia sercowego (zastawki trójdzielnej) (19—21). — Giedroyć: Jak się rozwijało mianownictwo lekarskie polskie (19—21). — Jonscher: Kilka uwag w sprawie wagi dzieci w zaburzeniu bilansu wodnego (20). — A. Landau i Rząśnicki: Parę uwag o zgłębnikowaniu dwunastnicy i o zawartości dwunastniczej u człowieka (21). — Beck i Czubalski: Prof. N. Cybulski (22—23).

Zdrowie Zesz. 4.: Koskowski: Mleko na rynku warszawskim.

Sprawozdanie

Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich

za rok 1918. (51. istnienia Towarzystwa).

W roku, z którego sprawę zdajemy, spełniły się nadzieje Narodu i odzyskaliśmy wolną i zjednoczoną Ojczyznę. Cześć tym, którzy za Nią oddali życie, krew przelewali, i tym wszystkim, których usiłowania w zakresie pracy kulturalnej i społecznej przyczyniły się do politycznego odnowienia Państwa. Niewątpliwie w najbliższych latach żyjące pokolenie dalszą pracą, mającą zawsze na myśli przyszłość Narodu, uskuteczni wewnętrzne Państwa odrodzenie.

Wobec stosunków, jakie panowały w okręgu czynności naszego Towarzystwa, nie mogło się wewnętrzne życie pomyślnie rozwinąć. Czasowe zajęcie Lwowa przez wojska ukraińskie, późniejsze obleganie, ostrzeliwanie i odcięcie tegoż od reszty Państwa, zajęcie wreszcie wschodniej połowy kraju, uniemożebniły czynność prawidłową. Mimo to z niewzruszoną wiarą myślimy o dalszym rozwoju Towarzystwa. Będzie on wymagał radykalnej zmiany ustawy, którą przygotowujemy i przeprowadzimy, skoro będą się mogli znowu zebrać w spokoju i skupieniu delegaci Lwowa, Krakowa i koledzy, zamieszkali na prowincyi.

Na razie ogłaszamy krótkie sprawozdanie z najważniejszych spraw, a dla kontroli publicznej, tak, jak corocznie, wykazy rachunkowe, które przedstawiają stan majątkowy Towarzystwa z dniem 31. grudnia 1918 roku.

1. Dary. W roku 1918 ofiarowali na wdowy i sieroty: Dr Bąkowski z Krynicy 30 K, Dr Sołtysik ze Stryja od grona lekarzy i aptekarzy w Stryju zamiast wieńca na trumnę śp. Dr Serkowskiego 210 K, Dr Jan Opieński zamiast wieńca na trumnę dla śp. Dr Tyszkowskiego 10 K, tenże imieniem Wydziału Związku lekarzy rządowych galicyjskich, zamiast wieńca na trumnę śp. Dr Władysława Czyżewicza, długoletniego prezesa Związku, 100 K; Dr Joachim Fränkel z Tarnowa 788 K, Dr Zauderer z Bośni 32 K, Prof. Machek 260 K, Dr Szumski 50 K, razem 1.480 K.

2. Co do zapisów i nowych fundacyi zaznaczyć należy: 1) Podatek spadkowy od fundacyi Dr Leopolda Gawałkiewicza zapłacono. Ustalona fundacya wieczysta wynosi 10 600 K nom. Z tworzących się przez lata fundacyi ustalono dalsze trzy: Naprzód imienia prof. Gilewskiego, którą utworzyła żona tegoż, p. Emilia ur. Schuh, w kwocie 38.000 K, potem fundacyę prof. Marsa w kwocie 5.200 K i wreszcie Dr Jana Rosnera w kwocie 1800 K. 2) Dr Wincenty Nycz, starszy lekarz powiatowy w Białej, testamentem z 7. maja 1917. zapisał 5.000 K na rzecz wdów i sierót po lekarzach »jako fundusz wieczysty, który ma nosić jego nazwisko, a którego zarządem i rozdziałem odsetek ma zająć się Towarzystwo lekarzy galicyjskich we Lwowie«. 3) Prof. Antoni Mars, testamentem z 21. grudnia 1917, zapisał 3.000 K »na wdowy i sieroty po lekarzach, którą to kwotę należy przyłączyć do fundacyi jego imienia, którą utworzył i uposażał w Towarzystwie lekarzy galicyjskich we Lwowie«. 4) Dr Jakób Fränkel z Tarnowa postanowił, aby dary przezeń ofiarowane na wdowy i sieroty, stanowiły osobny fundusz Towarzystwa lekarzy galicyjskich. 5) Sp. Dr Stanisław Skobel, który testamentem z dnia 22. września 1912 zapisał Towarzystwu lekarskiemu krakowskiemu 20.000 K »celem utworzenia fundacyi wieczystej, mającej na celu wspieranie wdów i sierót po członkach Towarzystwa lekarskiego krakowskiego«, ustanowił Towarzystwo lekarzy galicyjskich substytutem na wypadek rozwiązania Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. 6) Rada zawiadowcza postanowiła utworzyć i od czasu do czasu zasilać fundusz naukowy przy Towarzystwie lekarzy galicyjskich, którego odsetki »będą przeznaczone na wydawnictwa naukowe, urządzanie wykładów poza siedzibą Towarzystwa lekarskiego lwowskiego i krakowskiego i na inne naukowe cele«.

3. W roku 1918 wynosiły zapomogi stałe (pensye) 14.065 K, a jednorazowe zapomogi 3.840 K, razem 17.905 K. W latach wojny 1914—1918 pobrały nasze wdowy 82.370 K.

W roku 1918 pobrały stałe zapomogi po 400 K panie: 1) Baczyńska Natalia (pobrała tylko 100 K), 2) Berthleff Marya, 3) Bujalska Michalina, 4) Cholewiczowa Otylia, 5) Czesnakowa Olga, 6) Dulębina Stanisława, 7) Filimowska Ludwika, 8) Jasilkowska Marya, 9) Jurkiewiczowa Zofia, 10) Karpińska Józefa, 11) Koncewiczowa Franciszka, 12) Lastowa Rudolfina, 13) Leniartkowa Ida, 14) Marynowska Wiktorya, 15) Michalikowa Wanda (pobrała tylko 200 K), 16) Nidecka Helena, 17) Piżlowa Wanda, 18) Przetocka Celina (pobrała tylko 100 K, 19) Riegerowa Zygmuntowa, 20) Sieradzka Marya, 21) Sokołowska Marya, 22) Szaferowa Ema, 23) Szczepańska Adela, 24) Szydłowska Marya, 25) Terlecka Izydora, 26) Widmanowa Michalina, 27) Wachnianinowa Stefania, 28) Wolframowa Marya, 29) Zborowska Antonina.

po 300 K panie: 30) Reissowa Stanisława, 31) Wierzbowska Honorata (pobrała tylko 225 K).

po 240 K panie: 32) Gofrykowa Józefa, 33) Kramarzyńska Aniela, 34) Krzyżanowska Jadwiga, 35) Lewandowska Stefania, 36) Mayzlowa Henryka, 37) Rotterowa Klara, 38) Sochacka Helena (pobrała 320 K, bo od 1/VII 918 przyznano jej 400 K), 39) Wehrowa Tekla, 40) Zrogowska Joanna; po 160 K pani 41) Merunowiczówna Józefa.

Jednorazowe zapomogi w roku 1918 pobrały panie: 1) Dobrowolska Stefania 50 K, 2) Dorożyńska Wiktorya 100 K, 3) Dubanowiczowa Felicya 50 K, 4) Gostyńska Marya 180 K, 5) Jurkiewiczowa Zofia 100 K, 6) Karpińska Józefa 50 K, 7) Kmiotkowa Adela 200 K, 8) Lechówna Aleksandra 50 K, 9) Kruszyńska Marya 100 K, 10) Królikowska Barbara 100 K, 11) Marynowska Wiktorya 100 K, 12) Męcińska Seweryna 50 K, 13) Neusserowa Emilia 100 K, 14) Nowacka Aniela 50 K, 15) Nowosadowa Ludwika 50 K, 16) Obuszkiewiczowa Karolina 100 K, 17) Olszewska Eugenia 100 K, 18) Opolska Wilhelmina 120 K, 19) Podłuska Marya 50 K, 20) Przetocka Celina 120 K, 21) Regiecowa Jadwiga 200 K, 22) Reissowa Betti 50 K, 23) Reissowa Stanisława 50 K, 24) Romaszkanowa Zofia 200 K, 25) Ruczkowa Marya 200 K, 26) Sakowska Malwina 200 K, 27) Semlerówna Aniela 50 K, 28) Semlerówna Marya 50 K, 29) Szaferowa Ema 100 K, 30) Swierzowa Józefa 50 K, 31) Szczepańska Adela 100 K, 32) Szydłowska Anna 100 K, 33) Terlecka Izydora 60 K, 34) Uranowiczowa Leonia 100 K, 35) Wehrowa Tekla 100 K, 36) Wernicka Ludwika 100 K, 37) Widmanowa Michalina 100 K, 38) Zengtellerowa Marya 50 K, 39) Myś Grzegorz 50 K, 40) Zengteller (sierota) 20 K.

W ciągu tego roku zmarły z pensyonistek wdowy po naszych kolegach, panie: Przetocka Celina ze Lwowa, Oleksina Honorata ze Starego Sambora i Anna Krzykowska z Krakowa.

4. Organem Towarzystwa był »Przegląd lekarski«, który w tych niezwykle ciężkich warunkach wychodził regularnie i z jednaką zawsze ścisłością i dokładnością służył nauce i dobrej sprawie Towarzystwa, zastępując na razie także »Tygodnik lekarski« do czasu jego wznowienia. Wobec położenia obecnego, musieliśmy przerwę w wydawaniu »Tygodnika lwowskiego« na r. 1918 i 1919 przedłużyć. Z rokiem 1920 zacznie »Tygodnik« wychodzić.

5. Stan fundacyi wieczystych wraz z wartością Morszyna (Wykaz 4): Fundacye wynoszą 997.069·35 K, a mianowicie w walorach 783.682·33 K, na książeczkach 33.435·61 K, wierzytelnosc na Morszynie 23.408·09 K i wartość ziemi Morszyna 156.543·32 K. Obecnie pobieramy odsetki z kwoty 596.000 K; odsetki z reszty pobierają dożywotnicy, albo przyłącza się je do pewnego czasu do kapitałów, jeżeli tego ofiarodawca żądał, które skutkiem tego wzrastają.

6. Stan majątku wzrósł od zeszłego roku o 8.431·22 K i wynosi z dniem 31. grudnia 1918 1,010.160·02 K (Wykaz 2.).

7. Rachunek Morszyński (Wykaz 3) zamknięto dochodem netto 6.256·18 K, dzięki temu, że sąd przyznał w wygranym procesie o przekroczenie granicy w lesie 2.300 K, a z drobnej sprzedaży drzewa wpłynęło 1.950 K. Z tegorocznego dochodu i z funduszu inwestycyjnego Morszyńskiego zapłaciliśmy zaległe w czasie wojny raty hipoteczne w Banku krajowym, aż po koniec 1917 r. w kwocie 11.730·54 K W funduszu inwestycyjnym pozostało jeszcze 6.050·72 K. Bank wojenny przyznał Morszynowi pożyczkę 70.000 K na odbudowę, a oprócz tego wnieśliśmy podanie o zapomogę. Przyobiecano nam 10.000 K, na razie jednak dla wschodniej Galicyi wypłaty wstrzymano. Od końca października 1918 jesteśmy odcięci od Morszyna skutkiem zajęcia Stryjskiego przez ukraińców. Od przeszło pół roku żadnych wiadomości nie mamy i nie wiemy, co się tam dzieje.

8. W skład Rady zawiadowczej wchodzili koledzy, wybrani na ostatniem Walnem Zgromadzeniu, a mianowicie: Prezes Emanuel Machek, zastępca prezesa Roman Rencki, sekretarz Stanisław Zabłocki.

Członkowie Rady Koledzy: T. Browicz (Kraków), St. Ciechanowski (Kraków), T. Fechter (Jarosław), A. Gluziński (Lwów), Z. Lachowicz (Lwów), E. Müller (Lwów), L. Schellenberg (Lwów), St. Sołtysik (Stryj) i kooptowany przez Radę Kolega K. Trzcieniecki, który pełni obowiązki skarbnika.

We Lwowie, z końcem kwietnia 1919.

Z Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Sekretarz: *Zabłocki.* Prezes: *Machek.*

Wykaz 1. Zestawienie rachunków za rok 1918.

	DOCHÓD	K	h
1	Pozostałość z końcem 1917	11 037	24
2	Morszyn a) Dochód	7 972	—
	b) Z funduszu inwestycyjnego Morszyna pobrano na zapłacenie rat hipotecznych .	5 474	36
3	Opłaty członków a) Oddziałów prowincyonalnych .	2.391	20
	b) Wpisowe	40	—
4	Dary	1.430	—
5	Odsetki a) Bank krajowy	23.560	22
	b) Inne	94	00
6	Zwroty wypłaconych kwot	670	98
	Razem . . .	52.670	90

	ROZCHÓD	K	h
1	Morszyn	1.719	82
	Raty Banku krajowego za dług hipoteczny . . .	11.730	54
2	Administracya: a) manipulantka . . . 1 200·—		
	b) kursor . . . . 300·—		
	c) druki, służba, adwokat, poczta, stemple i t. p. 399·61	1.899	61
3	Przegląd lekarski	2 992	—
4	a) Stałe pobory wdów i sierót (pensye)	14 065	—
	b) Jednorazowe zapomogi	3.840	—
5	Podatek spadkowy z fundacyi Dr Gawałkiewicza . .	1.072	10
6	Pocztowa Kasa Oszczędności na inwalidów . . .	2	—
7	Stemple Banku krajowego	10	01
8	Zwrócono funduszom (lokacye kapitałów)		
	a) funduszom Towarzystwa zwrócono 2 666·32		
	b) odsetki funduszów wzrastających . 1 292·—		
	c) do funduszu śp. prof. Marsa zamiast wieńca ofiarowało Towarzystwo 500 K tak samo do funduszu Dr Rosnera 300 K . . 800·—	4.758	32
	Razem . . .	42.089	40
	Pozostaje z dniem 31. grudnia 1918	10 581	50
	Razem . . .	52 670	90

Wykaz 2. Stan majątkowy Towarzystwa lekarzy galicyjskich z dniem 31. grudnia 1918.

	STAN CZYNNY	K	h
1	Pozostałość kasowa z dniem 31. grudnia 1918 . .	10.581	50
2	Fundusze wieczyste (ob. Wykaz IV.)		
	I. niewzrastające	277.500	—
	II. wzrastające	154.818	57
	III. tworzące się	18.274	41
	IV. z których pobierają odsetki dożywotnicy . .	181.882	33
	V. zapis Dr Łukasa, z którego pobieramy odsetki	194.000	—
	VI. fundacya Stillerów (Morszyn)		
	a) wartość ziemi	268.045	—
	b) fundusz inwest. Morszyna	6.050	72
	VII. legat Prof. Marsa 3.000 K, Dr Nycza 5.000 K	8.000	—
3	Kaucya pocztowej Kasy Oszczędności	200	—
4	Los turecki Nr 294.398 należy do fundacyi Niedźwieckiego	400	—
5	Wartość inwentarza	1.000	—
	Razem . . .	1 120.752	53
	Stan czynny z dniem 31. XII. 1918 1,010.160·02		
	Stan czynny z dniem 31. XII. 1917 1,001.728 80		
	Wzrost stanu czynnego w r. 1919 8.431·22		

	STAN BIERNY	K	h
1	Pożyczka hipoteczna l. a 799	65.072	20
2	» » l. a 1025	22 112	22
3	Morszyn winien funduszowi wsparć Tow. lek. galic.	23.408	09
	Razem . . .	110.592	51
	Stan czynny z końcem grudnia 1918	1,010.160	02
	Razem . . .	1,120.752	53

Wykaz 3. Fundacya Bonifacego i Magdaleny Stillerów.
A. Rachunek Morszyna.

	DOCHÓD	K	h
1	Dzierżawa folwarku za $^1/_2$ roku 1918	2.300	—
2	» warzelni za r. 1916 i 1917	1.000	-
3	Zwrot asekuracyi za leśniczego	72	—
4	Z wyszynku piwa	350	—
5	Za drzewo Iwan Magas	1.000	—
	» » p. Makarewicz . , ...	300	—
	» » leśniczy	1.650	—
6	Sąd przyznał w procesie z Magasem	1.300	—
	Razem . . .	7.972	—

	ROZCHÓD	K	h
1	Płaca leśniczego	600	—
2	Asekuracya leśniczego	32	26
3	» budynków	450	—
4	Koszta procesu z Magasem (rachunek adwokata) . .	583	56
5	Za przepisywanie kontraktu za dzierżawę folwarku pisarze	50	—
		1.715	82
	Dochód w w r. 1918	6 256	18
	Razem . . .	7.972	00

B. Fundusz inwestycyjny Morszyna.

		K	h
1	Z końcem roku 1917	11 525	08
2	Dochód w roku 1918	6.256	18
3	Towarzystwo pożyczyło funduszowi	5.474	36
	Razem . . .	23.255	62

		K	h
1	Raty w Banku krajowym na pożyczki hipoteczne .	11.730	54
2	Zwrócono Towarzystwu lek. galic.	5.474	36
	Razem . . .	17.204	90
	Pozostaje w funduszu inwestycyjnym z końcem r. 1918	6.050	72
	Razem . .	23 255	62

Wykaz 4. Wieczyste fundusze Towarzystwa lekarzy galicyjskich. Stan z dniem 31. grudnia 1918.

		Walory nom.	Na książeczce	Fundusz II. 2. udzielił (1910) Morszynowi pożyczkę	Wartość ziemi (Morszyn)
	I. **Fundusze niewzrastające** (odsetki przeznaczone na pensye i zapomogi).				
1	Dr Barzyckiego	2.400·—			
2	Dr Biesiadeckiego Alfreda	14.300·—			
3	Prof. Czyżewicza Adama	34.000·—			
4	Dr. Garbińskiego	2.800·—			
5	Dr Gawałkiewicza Leopolda	10.600·—			
6	Im. Prof. Gilewskiego — fundacya jego żony Emilii, ur. Schuh . .	38.000·—			
7	Dr Jasińskiego Władysława	126.000·—			
8	Fundusz 25. letn. Jubileuszu Tow.	3.200·—			
9	Dr Krówczyńskiego Żegoty	800·—			
10	Dr Krzeczunowicza	8.600·—			
11	Dr Łuszczkiewicza	800·—			
12	Dr Mahla Jakóba	3.400·—			
13	Prof. Marsa Antoniego	5 200·—			
14	Dr Merunowicza Józefa	4.000·—			
15	Dr Niedźwieckiego	17.300·—			
16	Dr Rosnera Jana	1.800·—			
17	Dr Rożańskiego Józefa	300·—			
18	Dr Ściborowskiego Władysława	600·—			
19	Dr Świątkiewicza Józefa	1·400·—			
20	Prof. Szulisławskiego Adama	500·—			
21	Prof. Ziembickiego Grzegorza	1·200·—			
		277.500·—			

		Walory nom.	Na książeczce	Fundusz II. 2. udzielił (1910) Morszynowi pożyczkę	Wartość ziemi (Morszyn)
	II. **Fundusze wzrastające** (odsetki przeznaczone na pensye i zapomogi).				
1	Lukasa Adolfa	7.700·—	10.010·48	—	
2	Własny fundusz Towarzystwa lek. gal.	113.700·—	—	23.408·09	
		121.400·—	10.010·48	23.408·09	
	III. **Fundusze,** z których odsetki przyłącza się na razie do kapitału.				
1	Dr Frankla Joachima	800·—	20·—	—	
2	Dr Kalisza Alfreda	—	9.244·75	—	
3	Prof. Macheka Emanuela	2.500·—	—	—	
4	Prof. Rydygiera Ludwika (naukowy)	2.700·—	45·66	—	
5	Bezimienny (złożył Dr Stenzel Rudolf)	1.100·—	64·—	—	
6	Na kaplicę Morszyńską	800·—	—	—	
7	Naukowy Towarzystwa lek. gal.	1 000.—	—	—	
		8.900·—	9 374·41	—	
	Razem I. do III.	407.800·—	19 384·89	23.408·09	
	IV. **Fundusze,** z których odsetki pobierają dożywotnicy.				
1	Dr. Jasińskiego Władysława	91.055·82			
2	Dr Barzyckiego	60.826·51			
3	Dr Lukasa Adolfa	30.000·—			
		181.882·33			
	V. **Fundusz,** z którego Tow. już pobiera odsetki. Sprawa spadkowa w toku.				
1	Legat Dr Adolfa Lukasa	194.000·—			
	VI. **Fundacya Bonifacego i Magdaleny Stillerów.**				
1	Wartość Morszyna po odciągnięciu ciężarów				156.543·32
2	Fundusz inwestycyjny Morszyna		6.050·72		
	VII. **Legaty** już przyznane lecz dotąd niewypłacone.				
1	Prof. Marsa Antoniego		3.000·—		
2	Dr Nycza		5.000·—		
	Razem IV—VII	375.882·33	14 050·72		156.543·32
	Razem I—VII	783.682·33	33 435·61	23.408·09	156.543·32

Uwaga: Z pozostałości kasowej Wykaz II. 1. pozostawiono 4.360 K na rachunku przekazowym Banku krajowego L. 684, 5.474·36 K złożono na książeczce Banku krajowego Nr. 40.480, a resztę pozostawiono w rękach skarbnika. Papiery wartościowe fundacyi wieczystych Wykaz IV, I—III, złożono w depozycie Banku krajowego, kwit depozytowy Nr. 2.978. Z gotówki fundacyi Wykaz IV, II—III, znajduje się 10.000 K z fundacyi Lukasa w Banku krajowym, na rachunku przekazowym 684; fundusz Dr Kalisza wraz z odsetkami na książeczce Galic. Kasy Oszczędności Nr. 101.495, reszta gotówki 140·14 K u skarbnika fundacyjnego. Książeczka fundacyi Dr Kalisza pozostaje w przechowaniu Namiestnictwa, wszystkie inne książeczki i dokumenta bankowe przechowuje na razie prezes Towarzystwa.

Papiery wartościowe Wykaz IV, IV. a mianowicie: 1) Jasińskiego i 3) Lukasa, znajdują się w depozycie sądowym, zaś 2) fundusz Dr Barzyckiego złożony jest w Banku krajowym, kwit depozytowy Nr. 1.217. Papiery fundacyi V złożył kurator testamentu Dr Zbyszewski w Banku krajowym.

Fundusz inwestycyjny Morszyna Wykaz IV, VI. 2. złożony na książeczce Banku krajowego Nr. 40.480.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego